



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง
หรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์เพื่อใช้ในสถานพยาบาล
(สำหรับสถานพยาบาลเอกชน)

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....

| สำหรับ ผู้ประกอบการ | การตรวจรับเอกสาร | สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ | | |
|--------------------------|---|-----------------------------|------------|-------|
| | | มี | | ไม่มี |
| | | ถูกต้อง | ไม่ถูกต้อง | |
| <input type="checkbox"/> | 1) แบบคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ (แบบ ค.จ.1) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 2) รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ขนาด 3x4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ | | | |
| <input type="checkbox"/> | 4) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ดำเนินการ | | | |
| <input type="checkbox"/> | 5) สำเนาใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ประกอบวิชาชีพทันตกรรม/ ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ของผู้ดำเนินการ | | | |
| <input type="checkbox"/> | 6) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 7) สำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.12) ในปีปัจจุบัน | | | |
| <input type="checkbox"/> | 8) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) ที่ต่ออายุในปีปัจจุบันแล้ว และลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง | | | |
| <input type="checkbox"/> | 9) สำเนาทะเบียนบ้าน ของสถานพยาบาล | | | |
| <input type="checkbox"/> | 10) แผนที่ที่ตั้งของสถานพยาบาล | | | |
| <input type="checkbox"/> | 11) รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร , รูปที่ 2 แสดงป้าย,เลขที่ของสถานที่ตั้ง) | | | |
| | 12) เอกสารเพิ่มเติมกรณีนิติบุคคล | | | |
| <input type="checkbox"/> | 12.1) สำเนาหนังสือรับรองที่ออกโดยสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ (ล่าสุดไม่เกิน 6 เดือน) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 12.2) สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี ของนิติบุคคล | | | |
| <input type="checkbox"/> | 12.3) สำเนาทะเบียนบ้านของสำนักงานใหญ่ (ที่อยู่ในหนังสือจดทะเบียนนิติบุคคล) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 12.4) หนังสือมอบอำนาจจากกรรมการผู้มีอำนาจลงนามก่อนพ้นผูกพันแทนบริษัท มอบให้ผู้ขอรับใบอนุญาตเป็น “ผู้ดำเนินการ” | | | |
| <input type="checkbox"/> | 12.5) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ | | | |
| <input type="checkbox"/> | 12.6) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ | | | |
| | 13) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร | | | |
| <input type="checkbox"/> | 13.1) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์ | | | |
| <input type="checkbox"/> | 13.2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ | | | |
| <input type="checkbox"/> | 13.3) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ | | | |
| | 14) ค่าธรรมเนียม 100 บาท | | | |
| <input type="checkbox"/> | 14.1) กรุงเทพฯ กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือ แคชเชียร์เช็ค /หากส่งทาง ไปรษณีย์ ชำระเป็น แคชเชียร์เช็คส่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | | | |
| <input type="checkbox"/> | 14.2) ต่างจังหวัด กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือตั๋วแลกเงินธนาคาร (Draft) /หากส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็นตั๋วแลกเงินธนาคาร (Draft) ส่งจ่ายสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา | | | |

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้ขอรับใบอนุญาต
หรือ
ผู้ดำเนินการ

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอรับใบอนุญาต
ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ซึ่งมีผู้ดำเนินการ
(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาตหรือนิติบุคคล)

คือ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท.....
ในนามของ (ชื่อสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์).....
อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาตคือ.....

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งมอบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการ
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๔) ใบสำคัญแสดงว่าเป็นผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต (ถ้าเป็นนิติบุคคล)
- (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

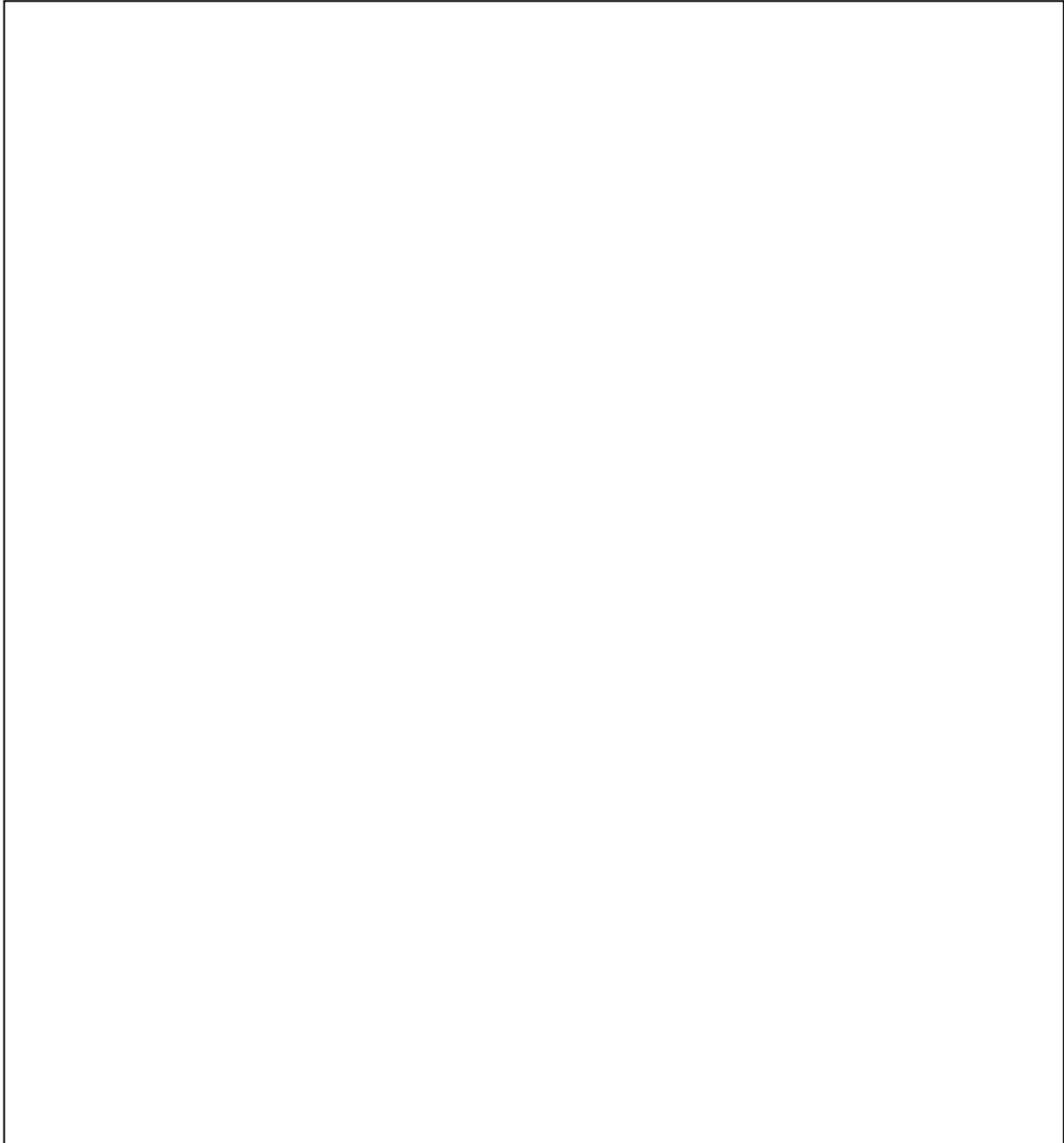
แผนที่ที่ตั้งของ สถานพยาบาลชื่อ เวลาทำการ

ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก/ซอย อาคาร

ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด โทรศัพท์

อยู่ใกล้สถานที่ที่สังเกตได้โดยง่าย คือ



รับรองว่าเป็นความจริง

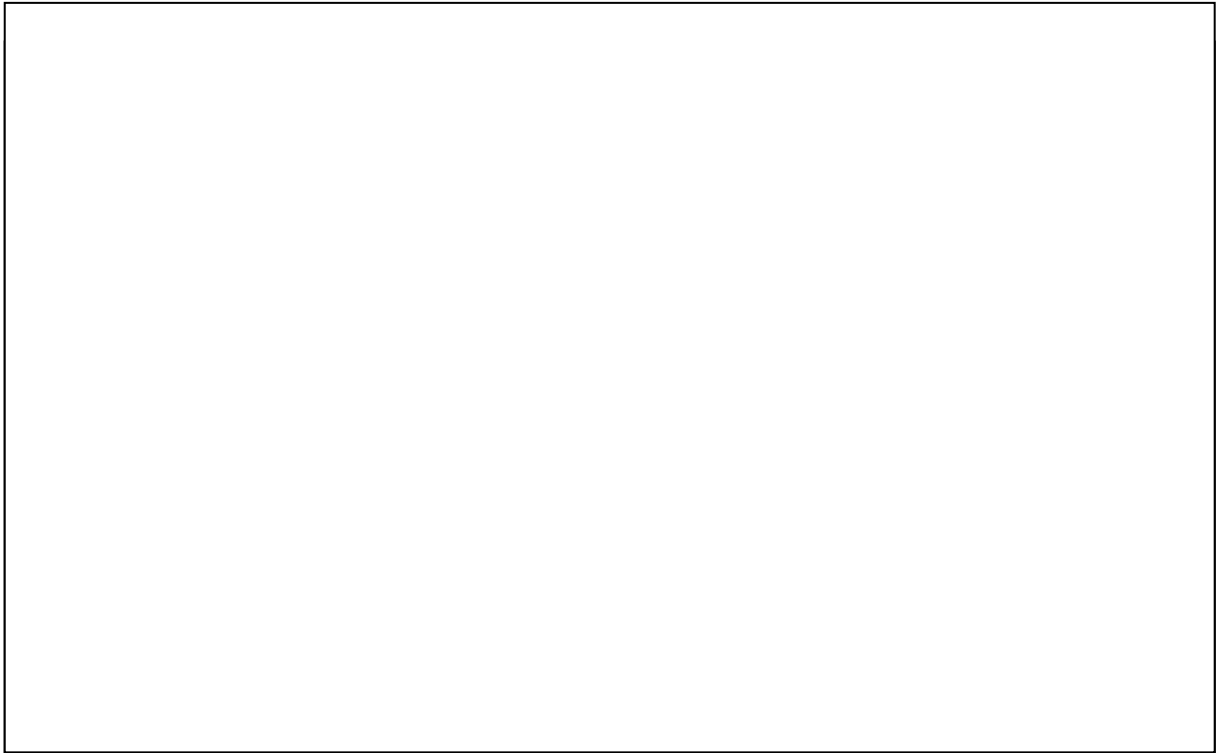
ลงชื่อ

(.....)

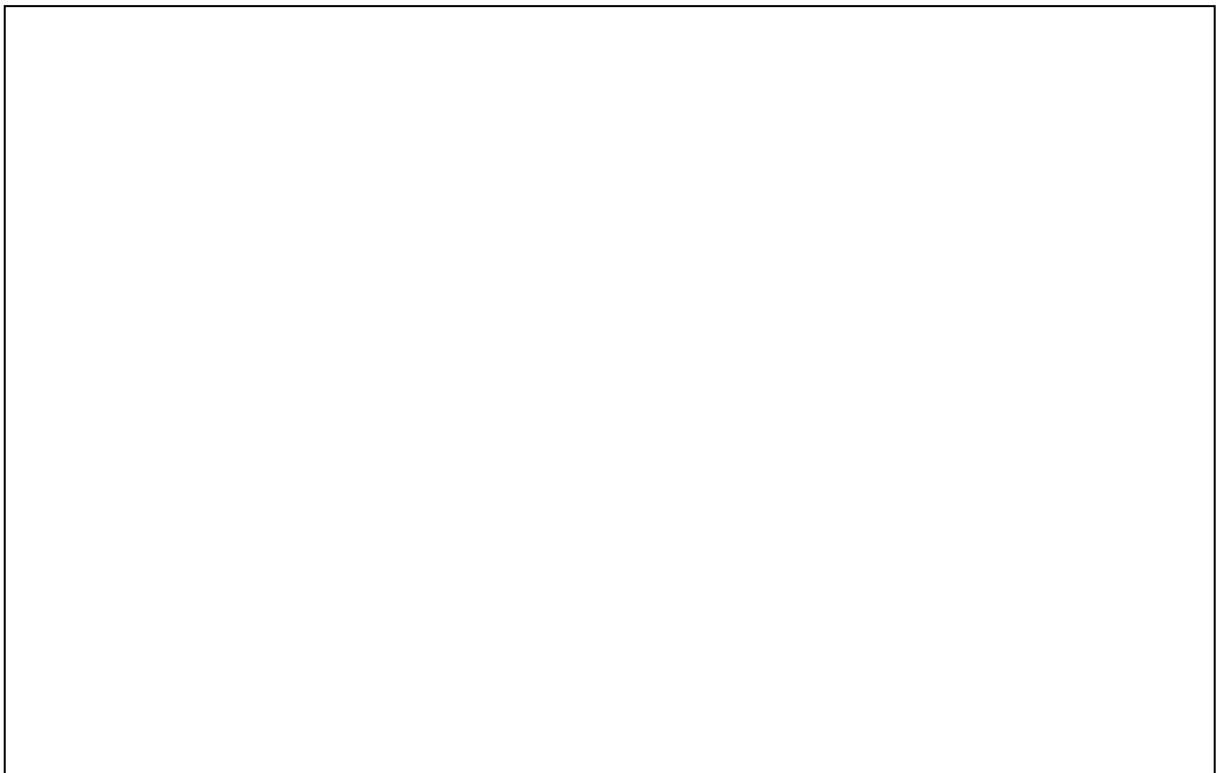
ผู้ขออนุญาต

วันที่

ชื่อสถานพยาบาล



1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2. ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ขออนุญาต

วันที่

หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินกิจการในใบอนุญาต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....

และนาย / นาง / นางสาว.....กรรมการผู้มีอำนาจลงนามแทน
บริษัท/หจก./หสน.ซึ่งตั้งอยู่เลขที่.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย / นาง / นางสาว.....
เป็นผู้ดำเนินกิจการในใบอนุญาต.....
แทนบริษัทฯ/หจก.ฯ/หสน.ฯ

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....

ได้กระทำไป ให้ถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้า และบริษัทฯ/หจก.ฯ/หสน.ฯ ขอรับผิดชอบ
ทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

ถ่ายเอกสารบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาแนบมาด้วย

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้ยื่นภาษีและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินกิจการ
ในสถานที่ประกอบการชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....

ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ
เลขที่.....

เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ ขอรับใบอนุญาต.....

แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....

ต่ออายุใบอนุญาต.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุประสงค์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว

2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

กรุณากรอรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ